

Accouchement inopiné et prise en charge du nouveau-né à domicile



Dr Marie Pittaco
Dr Anne Champenois
SAMU 13



Arrivée sur place

- Rassurer tout le monde , tenir compte environnement(religion, trop de monde autour)
- Réévaluer le terme
- S'assurer de la rupture de la poche des eaux
- Constantes de la mère
- Regarder d'abord la vulve pour voir si on aperçoit la tête

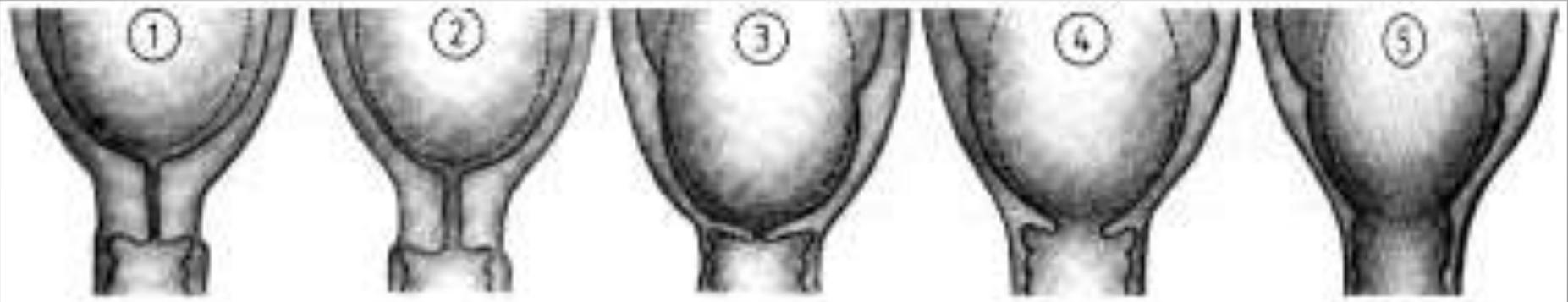
Mais aussi

- Evaluer soi-même les contractions
- Demander où est suivie la patiente
- Refaire tout le bilan(température?)
- Seulement si nécessaire au diagnostic et si on sait le faire :toucher vaginal
- Un « toucher ignorant » est inutile, peut provoquer des contractions et est dangereux en cas de placenta praevia recouvrant.

SCORE DE MALINAS

Parité	1	2	3 et +
Durée du travail	<3h	3 à 5h	≥ 6h
Durée des contractions	<1min	1min	>1min
Intervalle entre les contractions	>5min	3 à 5min	<3min
Perte des eaux	non	récente	>1h
Cotation	0	1	2

Le col utérin



1. Col fermé
- 2 & 3. Col se raccourcit et s'efface
4. Col se dilate
5. Dilatation complète

Décision

- Si pas de rupture poche eaux , contractions pas ou peu régulières , pas tête à la vulve, pas multipare etc etc :on pose une VVP à la mère
- On appelle sa régulation :Soit pour maternité la plus proche , soit celle où est suivie la mère
- On ne décide pas d'attendre
- L'accouchement n'a lieu à domicile que par la force des choses ...Nuances.....

Installation

- Mère au bord du lit ou table basse , bassin surélevé (serviettes magazines), si possible vessie vide
- Le médecin doit pouvoir se placer en face du périnée
- Distribuer les rôles : qui s'occupera de l'enfant et/ou de la mère
- Préparer des serviettes , une bassine (placenta), aseptise la plus soigneuse possible

Et aussi.....

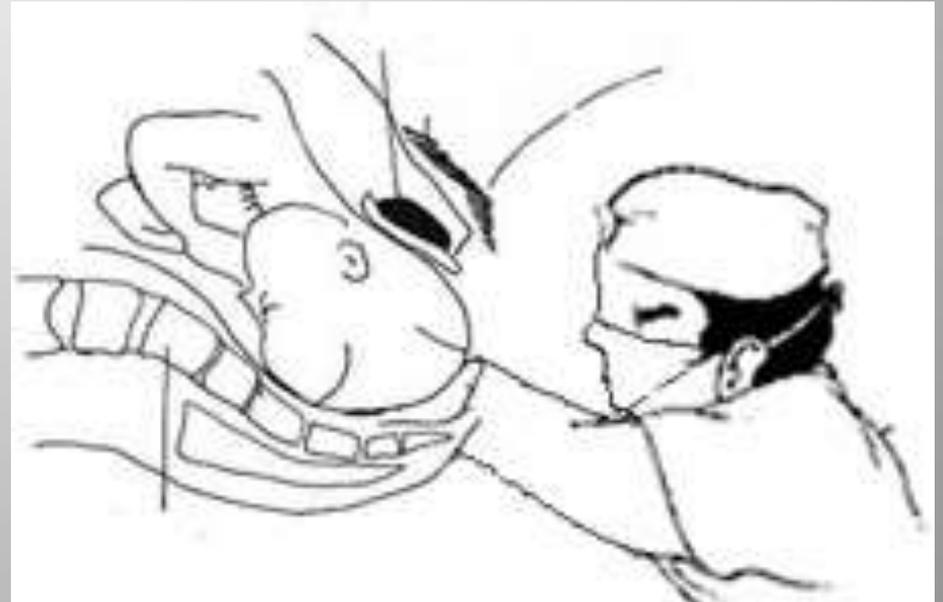
- Sortir le Kit accouchement , le vérifier (en tous cas ce dont vous aurez besoin)
- Faire chauffer la pièce
- L'infirmier pose la voie veineuse : sérum physiologique , O2 à proximité .
- Moins de monde possible (penser à la patiente)

Accouchement

- On ne pousse qu'à dilatation complète , après rupture de la poche des eaux et pendant une contraction
- Pour pousser : on inspire , retient sa respiration et pousse vers le bas seulement pendant 10 sec
- Pas plus de 3 poussées par contractions
- La maman peut s'agripper à l'arrière de ses cuisses pour pousser
- Préparer Ocytocine

Position de l'accoucheur

- À genoux
- Visage au niveau du périnée
- Épaule – Coude – Poignet dans l'axe ombilico-coccygien



Dégagement de la présentation



- Exercer une pression sur le crâne du foetus pour éviter une expulsion trop rapide (risque de déchirure du périnée)
- Par une pression digitale, aider l'occiput (OP) ou le menton (OS) à se caler sous la symphyse pubienne
- Surveiller le périnée qui est alors à haut risque de déchirure

Dégagement de la présentation



- Continuer à maintenir la tête avec la main occipitale et crocheter le menton avec l'autre main à travers le périnée (expulsion millimètre par millimètre car phase de distension maximale de la vulve)
- **NE PLUS POUSSER**

Dégagement de la présentation



- Maintenir la pression occipitale pendant que l'autre main exerce une pression qui vise à « moucher le bébé »
- Demander un dernier effort de poussée qui doit être modéré
- Visualiser le sens de rotation céphalique qui sera complété manuellement en exerçant une rotation prudente de 180° , c'est la rotation de restitution
- En dehors de toute contraction, faire pivoter la tête de 90° dans le sens inverse. Ceci achève la phase de restitution des épaules.

Dégagement de la présentation



- En exerçant une bascule de la tête vers le bas on dégage l'épaule antérieure après avoir éliminer la circulaire du cordon.
- En exerçant une bascule de la tête vers le haut on dégage l'épaule postérieure.

Dégagement de la présentation



- Saisir fermement le nouveau-né sous les épaules et achever le dégagement , ocytocine.
- Clamper efficacement le cordon avec les 2 clamps de Barr
- Couper le cordon et vérifier la présence de deux artères et d' une veine

La délivrance

- Expulsion du Placenta environ 30 mn après accouchement
- Vérifier intégrité du placenta
- Le garder pour la maternité
- En cas d'hémorragie : Ocytocine, Exacyl.

Attention !

- Circulaire du cordon.
- Episiotomie : à éviter , seulement en cas d'arrêt du travail, Manœuvre de Couder.
- Procidence du cordon: Urgence absolue.

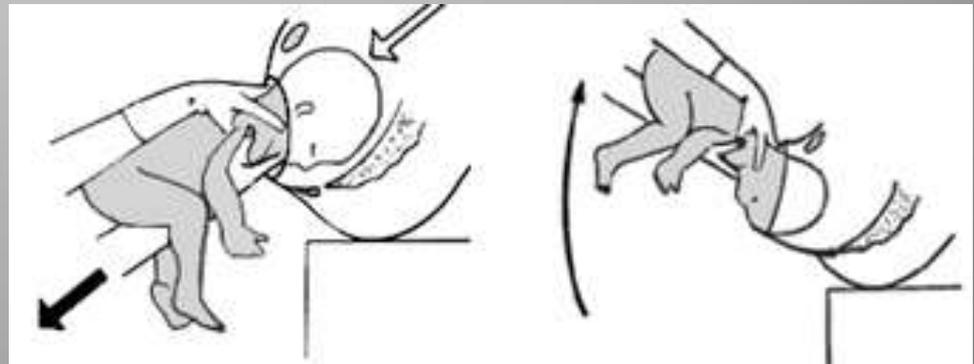
Le siège

- Ne toucher à rien !!!!
- Attendre que les épaules soient dégagées pour faire pousser.
- Manœuvrer si rétention de tête dernière .

Manoeuvres en cas siège



- Rétention de la tête dernière : commencer par la manœuvre de Bracht: cela consiste à faire pivoter l'occiput autour de la symphyse en retournant le dos du bébé sur le ventre de sa mère.
- En cas d'échec, réaliser la manœuvre de Mauriceau : 2 doigts en appui sur la base de la langue provoquent la flexion de la tête et une traction douce dans l'axe ombilico-coccygien permettent le dégagement du bébé.



Manœuvre de Bracht

En cas de rétention de la tête :



Manœuvre de Mauriceau

- Quand la tête fœtale est défléchie :

Figure 31 :



Ⓢ Sous occiput sous la symphyse pubienne

Figure 32 :



Manœuvre de Lovset

- Quand les bras restent coincés :

2.5.2.1. 1er temps : l'accouchement des épaules :

Quand les épaules sont dans l'axe antéro-postérieur, l'anse au cordon étant faite, l'opérateur effectue une 1^{ère} rotation de 180° en ayant soin de garder le dos en avant.

Figure 37 :

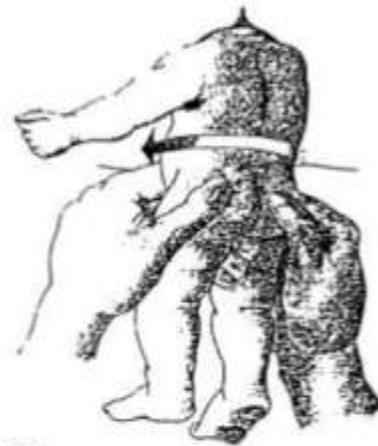


Lovset : suite

- Deuxième rotation

Une deuxième rotation de 180° en gardant toujours le dos en avant va permettre le dégagement du deuxième bras spontanément ou avec un accompagnement comme pour le premier bras ⑤ +/- ⑥.

Figure 43 :



Quand les épaules sont libérées on utilise le Bracht ou le Mauriceau pour finir le dégagement de la tête



Quand appeler un renfort pédiatrique en postnatal?



Situations cliniques rencontrées	Risques pour l'enfant à la prise en charge
Accouchement < 35 SA	Sous-estimation de besoins (respiratoire, circulatoire, homéothermie)
Poids du nouveau-né estimé < 2 kg	Moindre réserves (hypothermie, hypoglycémie)
Apgar < 3 (asphyxie néonatale)	Asphyxie (troubles neurologiques)
Liquide amniotique méconiale	Inhalation méconiale, hypoxémie réfractaire
Détresse respiratoire (silverman > 4)	Hypoxie, hyperoxie, hypercapnie, hypocapnie Appareil de ventilation et réglages inadaptés
hémorragie	Anémie difficulté d'abord vasculaire pour remplissage
Hypothermie rebelle, hypoglycémie	Décompensation secondaire

Adaptation thermique

- T° fœtale = T° de la maman
- Pertes thermiques : par évaporation
- Pour maintenir une température
=> consommation d'énergie



Adaptation métabolique

- Glycémie foétale = glycémie maternelle
- Dépendance rapide d'une alimentation externe

Matériel nécessaire



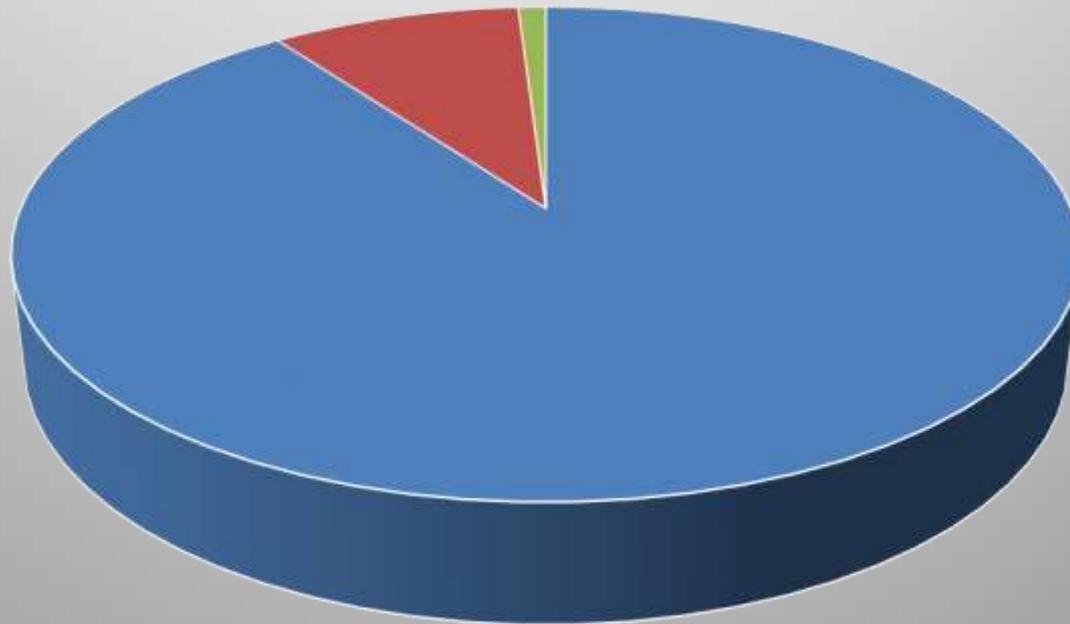
Installation et préparation

- Serviettes chaudes, champs, bonnet, **sac en polyéthylène**
- Matériel d'aspiration prêt et réglé
- Scope, Saturation
- BAVU néonatal de 500 ml



En pratique : 3 situations

Etat à la naissance



■ bon ■ intermédiaire ■ réanimatoire

3 questions à se poser :

- Nouveau né à terme ?
- Respire et/ou crie ?
- Bien tonique ?



Oui : soins de routine



- Essuyage, séchage linge chaud
- Réchauffer : bonnet (20% SC vs 9% adulte)
- Clampage du cordon retardé ?
- Appliquer une compresse stérile puis sectionner
- Enfant sur ventre mère en peau à peau
- En PLS
- Mise au sein si souhaité

1v (= sang O₂) /
2a



Si Apgar bon

Soins de routine (2)

- Pas d'aspiration systématique si LA clair
- Mesure de la température rectale
- Favoriser lien mère-enfant



Évaluation : score Apgar



- \geq à 8 à M1: nouveau-né bien portant.
- $<$ à 3 à M1: ne plus dire « **état de mort apparente** » mais plutôt « **difficulté d'adaptation** »
- 1-(3)-5-10 minutes
- Intermédiaire : prise en charge adaptée.

	0	1	2
Coloration	tronc bleu ou pâle	tronc rose extrémités bleues	tronc et extrémités roses
Respiration*	aucune	superficielle	cri vigoureux
Tonus	flasque	moyen	vigoureux
Réactivité**	aucune	faible	vive
Fréquence cardiaque	0	< 100	> 100

* Respiration: évaluer les enfants ventilés avec un trait (-).

** Réactivité = motricité spontanée, cri, éternuement, toux.

Examen clinique nouveau-né

Respiratoire

- Coloration
- FR (30-50), saturation main droite
- Signes de lutte/rétraction : Score Silverman
 - « BB Tire En Geignant »
- Auscultation
- Asymétrie, BHA



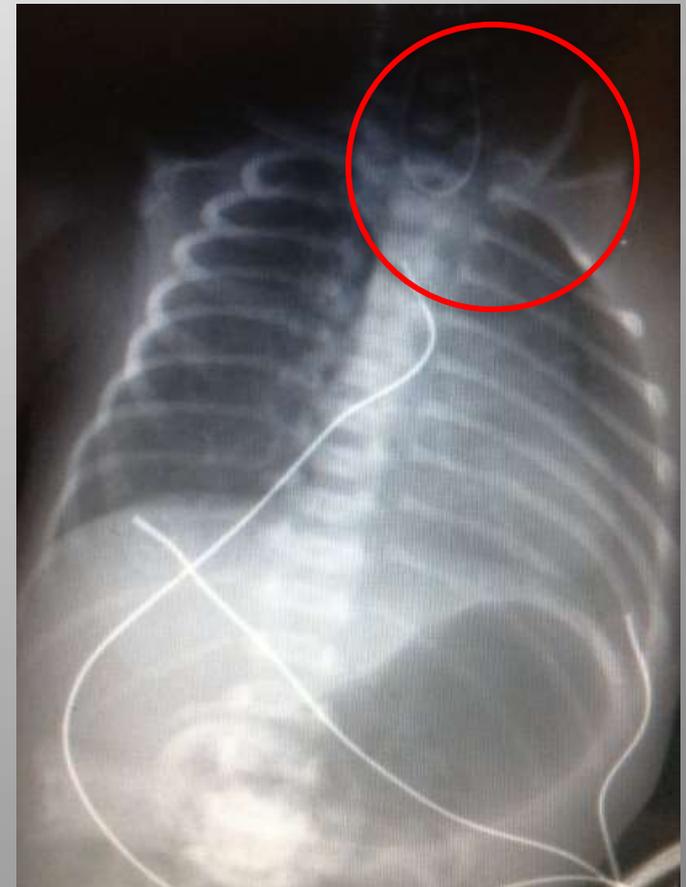
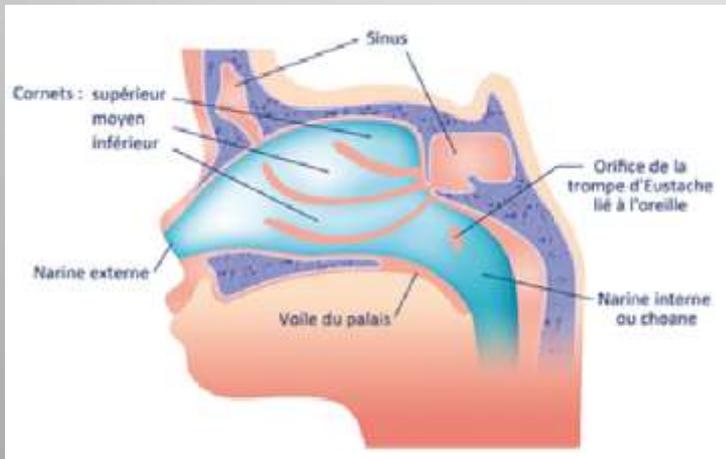
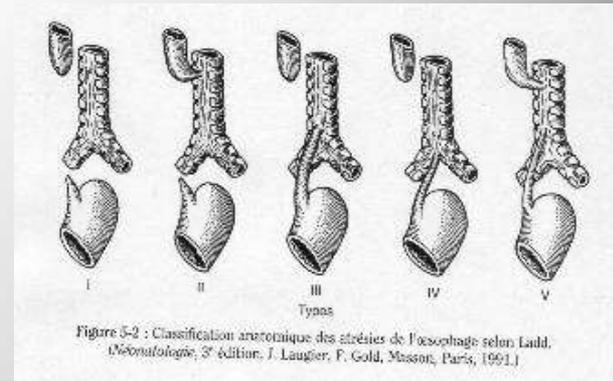
	0	1	2
Balancement thoraco-abdominal	Respiration synchrone	Respiration abdominale	Respiration paradoxale
Tirage	Absent	Intercostal	Intercostal et sus ou sous sternal
Entonnoir xyphoïdien	Absent	Modéré	Intense
Battement des ailes du nez	Absent	Modéré	Intense
Geignement expiratoire	Absent	Perçu au stéthoscope	Audible à distance

Evolution de la saturation à 10 min:

Targeted Preductal SpO ₂ After Birth	
1 min	60%-65%
2 min	65%-70%
3 min	70%-75%
4 min	75%-80%
5 min	80%-85%
10 min	85%-95%

Tests : peuvent être différenciés ?

- Perméabilité choanes
- Perméabilité anus
- Perméabilité œsophage



Difficultés d'adaptation

...en moins de 60 sec

- Réchauffer, sécher, tête en position neutre
- Stimulations tactiles
- Ouverture des voies aériennes
- **Aspiration brève** : sonde n° 8, dépression < 200 cmH₂O, sonde perpendiculaire à la face, avec précaution (apnée/bradycardie)
- Evaluer mouvements respiratoires: absents ou inefficaces
- **FC < 100/min ? Apnées et/ou gasps ?**
=> Si pas d'amélioration VENTILATION +++

La ventilation est le
stade le plus important
et le plus efficace de la
réanimation du
nouveau-né

Ventilation manuelle au masque

- Ballon auto-remplissage (500 ml) air au début puis O₂
- Masque circulaire taille 0 ou 1
- Débit d'O₂= 5 à 8l/min, position tête neutre
- Fréquence: 30 à 50/min
- CI : Hernie diaphragmatique
- Bloquer parfois valve de surpression transitoirement



Si FC < 60/min après ventilation efficace, associer:

- Massage cardiaque externe:
Empaumer thorax à 2 mains, pouces au 1/3 inférieur du sternum
- Fréquence à 120/mn
- Poursuite ventilation à 40/mn)
- Préparation adrénaline et pose d'un accès veineux



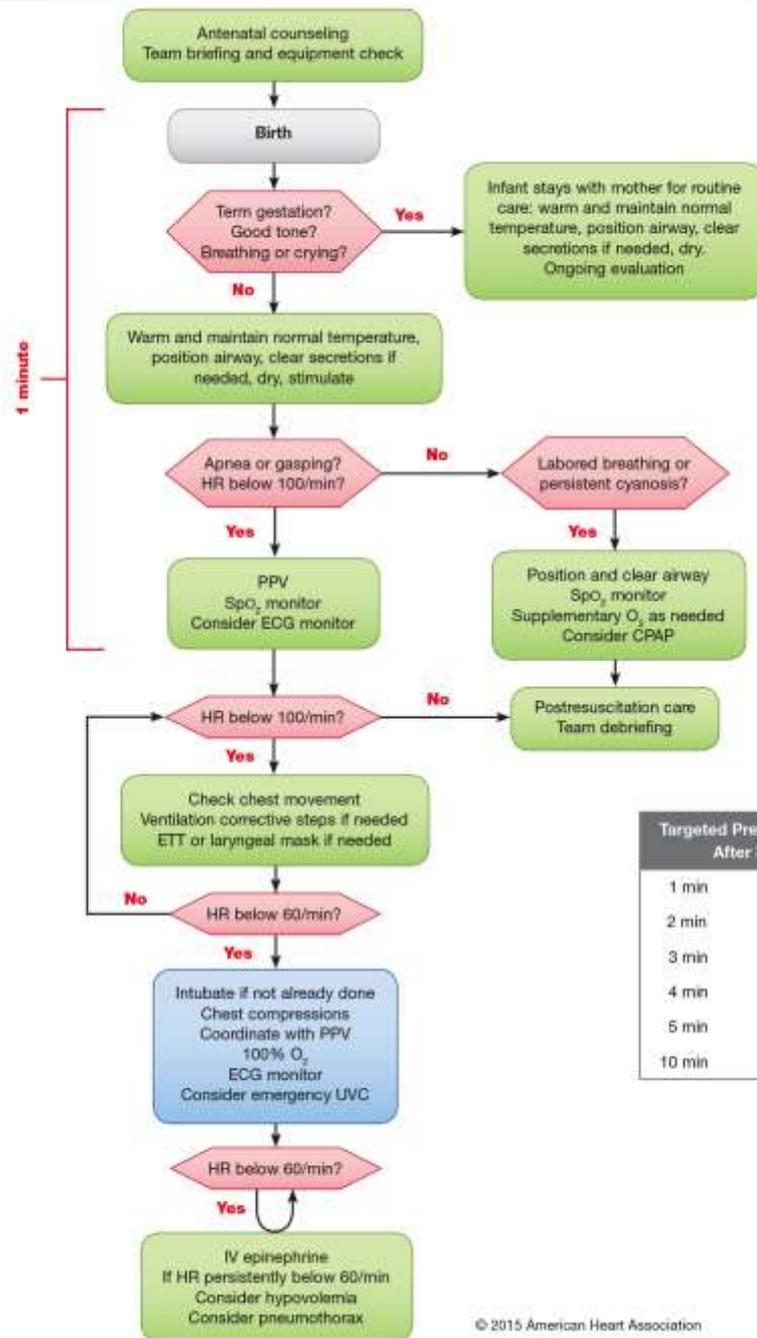
Pneumothorax ?

Le nouveau-né est intermédiaire = Détresse respiratoire

- Signes apparaissent
 - Tachypnée > 50/min
 - Geignement expiratoire
 - Balancement thoraco-abdominal-tirage
- Conduite à tenir
 - Evaluation de la gravité score de Silverman
 - Traitement symptomatique : VS-PEEP, antibio ?
 - Recherche d'une étiologie : MMH (quel que soit le terme), infection materno-fœtale, Malformation

Recherche et traitement d'une hypoglycémie

- Glycémie < 1,7 mmol/L (0,3 g/L) avant H 24
- Mesure de la glycémie au talon
 - A 30 min de vie, si nécessaire, pas en routine
 - Rarement parlant cliniquement
- Correction= G 10%
 - Voie entérale => buccal à la seringue ou SG : 2 ml/kg
 - Perfusion : 2ml/kg puis 3ml/kg/h
 - Si échec de voie entérale
 - D'emblée si glycémie < 0,6 mmol/L (0,15 g/L)



Targeted Preductal SpO ₂ After Birth	
1 min	60%-65%
2 min	65%-70%
3 min	70%-75%
4 min	75%-80%
5 min	80%-85%
10 min	85%-95%

Limites de viabilité et SMUR

- OMS : viabilité 22 SA et/ou 500g
- Entretien avec parents souhaitable,
- A partir de **25 SA** il paraît raisonnable de réanimer le bébé
- Si l'accouchement est imminent à 23-24 SA, il est raisonnable de **ne pas réanimer le bébé**, si l'une des situations suivantes existe:
 - AG < 25SA et PN < 500G, pas de corticothérapie anténatale, sexe masculin, RCIU sévère, chorioamniotite etc...

Certificat de naissance

- Il faut tenir compte du lieu de naissance, par exemple à Nice :

- Pour un accouchement sur la commune de Nice : c' est la maternité qui établit le certificat
- Pour un accouchement hors de la commune de Nice : c' est l' accoucheur qui s' en charge sur papier libre selon le modèle suivant :

Je soussigné(e) :

Certifie avoir accouché : PRENOM.....

NOM de jeune fille.....

épouse.....

Le : (en toutes lettres) àH.....

A l' adresse suivante :

Domiciliée :

D' un enfant de sexe : M / F Né : VIVANT / MORT-NÉ

Prénommé(e) :

Fait le

A

Signature

- Ce certificat est remis directement à la mère ou à la famille qui se rendra à la mairie du lieu de naissance pour l' établissement de la déclaration de naissance.